

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1921-1922. — N° 96

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU POINT BLANC
dans l'angine diphtérique

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 27 Mars 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MARCEL REGAIRAZ

Né le 16 juin 1894, à Chambéry (Savoie).



LYON

IMPRIMERIE-EXPRESS

46, Rue de la Charité, 46

—
1922

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU POINT BLANC

dans

l'Angine diphtérique

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire.....	MM. HUGOUNENQ.
Doyen	J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et accouchements.....	BARD.
Clinique ophtalmologique.....	TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	BERARD.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	COMMANDEUR.
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	LEPINE (J.).
Clinique des maladies des voies urinaires.....	WEILL.
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....	POLLOSSON (A.).
Physique biologique, radiologie et physiothérapie.....	LANNOIS.
Chimie biologique.....	ROCHET.
Chimie organique et toxicologie.....	NOVE-JOSSERAND.
Matière médicale et botanique.....	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ.
Anatomie	MOREL.
Anatomie générale et histologie.....	MOREAU.
Physiologie	GUIART.
Pathologie interne.....	LATARJET.
Pathologie et thérapeutique générales.....	POLICAR.
Anatomie pathologique.....	DOYON.
Médecine opératoire.....	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.....	MOURIQUAND.
Médecine légale.....	PAVIOT.
Hygiène	VILLARD.
Thérapeutique	ARLOING (F.).
Pharmacologie	Etienne MARTIN.
	COURMONT (P.).
	PIC
	FLORENCE (A.).

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	PATEL.
Botanique	BRETIN.
Embryologie	HOVELACQUE.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	GARIN.	DUROUX.	CORDIER.
BRETIN.	SAVY.	HOVELACQUE.	ROUBIER.
LERICHE.	FROMENT.	TRILLAT.	FAVRE.
THEVENOT (Léon).	THEVENOT (Lucien).	SARVONAT.	MURARD.
TAVERNIER.	PIERY.	FLORENCE (G.).	BONNET.
CADE.	COTTE.	ROCHAIX.	GRAVIER, chargé des fonctions.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. MOURIQUAND, *Président* : M. LAROYENNE, *Assesseur* ;
MM. CADE et CORDIER, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1921-1922. — N° 96

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU POINT BLANC
dans l'angine diphtérique

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 27 Mars 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MARCEL REGAIRAZ

Né le 16 juin 1894, à Chambéry (Savoie)



LYON

IMPRIMERIE-EXPRESS

46, Rue de la Charité, 46

—
1922



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553223_0077

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

en faible témoignage de ma profonde
tendresse et de reconnaissance émue
pour sa vie toute de sacrifices et d'iné-
puisable affection.

A MON PÈRE

A TOUS LES MIENS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MOURIQUAND

Chevalier de la Légion d'honneur
Professeur de Pathologie générale
Médecin des Hôpitaux

qui nous a donné l'idée de ce travail
et nous a guidé dans son exécution.
Nous le remercions de toute sa bien-
veillante sollicitude et du grand hon-
neur qu'il nous a fait d'accepter la
présidence de cette thèse.

A MES JUGES

A TOUS MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX DE LYON

AVANT-PROPOS

Durant notre stage chez M. le professeur Mouriquand, à la Charité, nous avons été vivement intéressé par la vue de certains malades atteints d'angine diphtérique. Leur état général était bon, les troubles fonctionnels peu marqués, et à l'examen de la gorge, on ne trouvait que quelques points blancs. Durant toute l'évolution de la maladie, ces points blancs persistaient, constituant les uniques symptômes. Devant cette absence de fausses-membranes, si précieuses au diagnostic, le médecin peut hésiter et mettre en doute la diphtérie.

Nous avons cru intéressant de signaler ces formes particulières et relativement fréquentes, — puisque notre statistique accuse 10 0/0 des angines diphtériques traitées dans le service, — et nous voudrions montrer l'intérêt qu'il y a pour le praticien à dépister rapidement ces cas et instituer d'urgence le traitement sérothérapique. Car rien n'est plus décevant pour le médecin, plus douloureux pour l'entourage, que de voir succomber un malade en qui toute hypothèse de diphtérie paraissait devoir être écartée.

Nous serions heureux, croyons-nous, si par ce modeste travail, nous avons pu montrer le rôle important joué par

le point blanc dans l'angine diphtérique et éviter par la suite de fâcheux mécomptes.

Nous remercions particulièrement M. le professeur Mouriquand de l'extrême obligeance avec laquelle il a bien voulu nous communiquer quelques-unes de ses idées personnelles. Qu'il nous soit permis d'exprimer à notre maître toute notre reconnaissance pour la bienveillante sollicitude avec laquelle il nous a toujours accueilli.

Le docteur Bûche, interne des Hôpitaux, nous a aidé de ses conseils et facilité notre travail, nous le prions de croire à notre vive reconnaissance et notre bien sincère amitié.

INTRODUCTION

La question du diagnostic des angines a été bien souvent l'objet de la préoccupation des cliniciens.

Nombre de classifications furent entreprises et quand, avec l'ère bactériologique, la clinique fut armée d'un moyen de diagnose nouveau et put notamment déceler à coup sûr l'angine diphtérique, on s'aperçut que cette dernière pouvait revêtir les formes les plus variées. On constata que bien souvent la diphtérie existait là où on ne la soupçonnait pas. Nombre d'angines cataloguées, herpétiques, pultacées par exemple, durent subir une modification dans la classification alors établie, et venir par contre, grossir le chapitre de la diphtérie.

L'angine diphtérique, avons-nous dit, est susceptible de se présenter sous des formes assez diverses et revêtir ainsi des aspects particuliers. Nous n'envisagerons, suivant l'expression de Marfan, que le groupe des *angines blanches*, et parmi celles-ci nous ne parlerons que des angines à absence d'exsudat, pseudo-membraneux net, réservant nos observations uniquement aux enduits pultacés.

Nous montrerons que par la persistance des points blancs, il se constitue ainsi un type clinique assez spécial d'angine diphtérique, qui, s'il rappelle par son aspect et ses caractères l'angine banale, s'en différencie néanmoins par sa nature.

ÉTUDE CLINIQUE

Auparavant, nous décrirons brièvement les débuts de l'angine diphtérique commune. Voici ce que dit à ce sujet Marfan, dans ses « leçons cliniques sur la diphtérie » :

« En interrogeant les parents, nous apprenons que le début a été le plus souvent insidieux. L'enfant a d'abord perdu l'appétit, a paru fatigué, mais a pu rester deux ou trois jours sans prendre le lit ; par exception, on nous dit que le malade a été pris brusquement et que dès le début, il a eu des frissons, une forte fièvre et s'est plaint de la tête, pareillement il est rare que l'enfant, même un peu grand, accuse au début de la douleur pharyngée et de la gêne de la déglutition, ce n'est qu'un peu plus tard que l'on peut constater ces troubles fonctionnels.

« Ce début insidieux explique pourquoi l'on a rarement l'occasion d'étudier l'état du pharynx dès les premières phases de l'angine. Cependant dans la pratique privée, quand on fait l'examen de la gorge, chez tout enfant qui a du malaise ou de la fièvre, on peut assister parfois à l'éclosion des lésions pharyngées.

« Alors on aperçoit dès le début un enduit opalin, peu adhérent, siégeant tantôt sur une amygdale, tantôt sur les deux, tantôt sur la paroi postérieure du pharynx, à droite

ou à gauche, au voisinage des gouttières latérales. Mais cet enduit primitif change rapidement de caractère, il devient très vite une pellicule blanche adhérente, c'est-à-dire une fausse membrane.

« Quel qu'ait été le mode de début à la période d'état, l'angine diphtérique commune est essentiellement caractérisée par la présence sur le pharynx de fausses membranes dues à une exsudation de fibrine qui se coagule. »

D'après cette description de Marfan, on voit que l'angine diphtérique débute par un enduit opalin plus ou moins diffus qui évolue rapidement vers la fausse membrane. Cette fausse membrane s'accroît et finit, dans les cas non traités, par tapisser les amygdales, les piliers, la luette et le voile d'un enduit continu.

Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi et le mode de début par points blancs, limités, non confluent, ne dépassant pas les dimensions d'un tête d'épingle est certainement très fréquent. Deux cas peuvent se présenter :

1° L'angine diphtérique continuera à évoluer sous cette forme, *angine à points blancs*.

2° Les points blancs vont s'étendre, confluer et constituer de véritables fausses membranes.

Il est impossible dans un service hospitalier de préciser la fréquence de ce mode de début par points blancs de l'angine diphtérique. Les malades ne sont amenés, en général, qu'à la période d'état de l'affection et nos statistiques, comme on le verra plus loin, ne peuvent nous renseigner que sur la fréquence des angines diphtériques qui font toute leur évolution sous forme d'angines à points blancs. On verra qu'elles sont loin d'être rares, que le clinicien doit bien les connaître, de façon à ne pas négliger, en présence

d'un cas en apparence simple et banal, l'examen bactériologique nécessaire au diagnostic et à la mise en œuvre d'une thérapeutique précoce. Somme toute, la forme à *points blancs persistants*, ne diffère de la forme classique que par les dimensions réduites des îlots pseudo-membraneux qui ne présentent pas la tendance extensive des fausses membranes ordinaires.

Les formes de début de la diphtérie peuvent être ramenées aux trois stades suivants :

I. — *Début par phénomènes généraux graves ;*

II. — *Début par des phénomènes généraux affectant une forme insidieuse ;*

C'est la description de Marfan, la plus fréquente.

III. — *Début sans aucune réaction générale, par des symptômes locaux.*

Dans tous les cas, les lésions locales peuvent présenter un des types évolutifs suivants :

1° *Angine érythémateuse, exsudat opalin, fausses membranes circonscrites, confluentes ;*

2° *Angine érythémateuse, points blancs, fausses membranes ;*

3° *Angine érythémateuse, points blancs persistants ;*

4° *Angine érythémateuse persistante ;*

Enfin,

5° *Angine diphtérique ayant évolué sous l'une quelconque des formes précédentes. Guérison clinique, mais persistance de points blancs bacillifères ; ce sont les points blancs des porteurs de germe.*

D'où les divisions suivantes :

I. — *Angines diphtériques débutant par des points blancs* et évoluant ensuite comme des angines diphtériques ordinaires ;

II. — *Anginès diphtériques à points blancs persistants*, très intéressantes parce que peu connues et fréquentes ; ce sont celles que nous allons étudier ;

III. — *Les points blancs tardifs. Les porteurs de germes.*

LES DIPHTÉRIES

à uniques points blancs persistants.

Lorsque nous avons compulsé les observations prises dans le service, pendant les années 1919, 1920, 1921, nous avons été frappé par le nombre relativement fréquent des cas où l'angine diphtérique présentait uniquement comme symptôme l'apparition et la persistance des points blancs. Or, il faut considérer que ces observations ne comportent que des cas pris à l'hôpital, chez des malades venus tardivement dans le service et qui souffraient déjà depuis plusieurs jours, et ce n'est que devant la persistance et même l'apparition des symptômes, qu'ils se sont décidés à venir se faire soigner, ou bien encore à voir un médecin qui leur a conseillé de rentrer immédiatement dans le service.

Nous sommes persuadé qu'un bon nombre d'angines diphtériques bénignes passent inaperçues, du fait de leurs faibles symptômes et de l'insouciance des malades. On voit assez fréquemment des malades amenés à l'hôpital pour des troubles paralytiques localisés au voile du palais, le plus souvent, mais parfois plus étendus et pour lesquels on pense d'emblée à une diphtérie méconnue ayant évolué quelques semaines auparavant. Le malade se souvient, en

général, d'avoir éprouvé, pendant deux ou trois jours, un peu de douleur à la gorge, une gêne légère à la déglutition, un petit mouvement fébrile, auxquels il n'a pas attaché d'importance et pour lesquels il n'a même pas songé à faire appel au médecin. Or, nous pouvons presque dire avec certitude que ces cas sont des angines diphtériques sans fausses membranes, le malade accusant simplement une légère dysphagie et la gorge n'est tapissée que de points blancs. Ces malades deviennent, du reste, plus tard, des porteurs de germe dont les conséquences sont si funestes à la collectivité.

Notre statistique, portant sur les années 1919-1920-1921, nous a donné les chiffres suivants :

Année 1919. — 418 cas d'angine diphtérique dont 45 avec points blancs, soit 10,7 %.

Année 1920. — 237 cas d'angine diphtérique dont 32 avec points blancs, soit 13,5 %.

Année 1921. — 214 cas d'angine diphtérique, dont 16 avec points blancs, soit 7,5 %.

Nous arrivons ainsi, par la moyenne de ces trois années, à une proportion approximative de 1 angine à points blancs persistants pour 10 angines diphtériques.

L'année 1921 — qui comporte un nombre moins élevé d'angines diphtériques — marque la première année d'application du nouveau tarif des hôpitaux, de ce fait les gens sont moins nombreux à utiliser les services hospitaliers, et rendent ainsi plus difficiles les cas qui nous intéressent.

Les observations qui vont suivre nous feront bien voir les caractères de cette forme d'angine diphtérique et les déductions que l'on doit en retirer.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Inédite)

P... Léontine, 12 ans 1/2. Entrée le 16 juillet 1919. Sortie le 14 août 1919. L'année dernière la mère a été soignée dans le service pour une angine banale. Elle est restée à l'hôpital que cinq jours. L'enfant est tombé malade avant-hier soir. Débuts par de la fièvre, de l'anorexie et des maux de gorge. Le 16 juillet, l'enfant est amenée à la Charité. Elle n'a jamais reçu d'injections de sérum. Bonne santé habituelle.

A l'entrée: température, 38,3. La petite malade se plaint de souffrir de la gorge, mais elle n'est pas abattue. Elle n'a pas d'autres malaises, pas de coryza. Légère adénopathie sous-maxillaire bilatérale.

Examen de la gorge. Les amygdales sont grosses et toute la muqueuse du pharynx est d'un rouge vif. *Au sommet d'une amygdale il existe un petit point blanc.* Partout ailleurs il n'y a pas d'exsudats.

Culture positive.

Sortie guérie le 14 août 1919.

OBSERVATION II

(Inédite)

D... Germaine, 9 ans. Entrée le 1^{er} octobre 1919. Sortie le 27 novembre 1919. L'enfant habitait dans la maison de la petite C..., soignée depuis un mois dans le service des diphtéries. L'enfant a eu un mal de gorge qui a duré un jour. On l'amène à

l'hôpital. A l'entrée, malade un peu pâle, mais bon état général. La gêne à la déglutition a disparu ainsi que la douleur à la gorge.

A l'examen: Pharynx normal, pas de rougeur. *Au pôle supérieur de l'amygdale droite un seul point blanc.* Pas d'adénite sous-angulo-maxillaire..

Cultures: Læffler toutes dimensions.

OBSERVATION III

(Inédite)

C... Eugénie, 17 ans. Entrée le 18 mai 1919. Sortie le 5 juin 1919, 18 mai. La malade jouit habituellement d'une bonne santé. Il y a trois mois, elle a eu une angine qui a duré quelques semaines.

L'affection actuelle a commencé avant-hier matin. Brusquement par des maux de gorge, de la fièvre, de la courbature générale. La malade a été obligée d'interrompre son travail, de rester au lit. Hier elle a été examinée par un docteur qui lui conseille de faire faire une culture de sa gorge et d'aller à la Charité.

A l'entrée: Bon état général. La malade a le teint coloré. semble robuste. Pas de coryza, dans la région sous-maxillaire du côté gauche, les ganglions sont un peu tuméfiés et douloureux.

Examen de la gorge: Les amygdales sont un peu grosses, sans rougeur accentuée. A gauche, *l'amygdale est recouverte de points blancs*, surtout à la partie interne et la plus postérieure. Ces points ne sont ni saillants, ni creusés. En aucun endroit ils ne forment de plaque confluyente.

Examen direct: Pas de Læffler. Leptothrix abondants.

Culture le 20 mai: Læffler toutes dimensions.

Cultures le 29 mai et le 2 juin: Négatives.

La malade sort guérie le 5 juin.

OBSERVATION IV

(Inédite)

G... Emilienne, 9 ans. Entrée le 15 mars 1919. Sortie le 19 avril 1919. La malade a un frère âgé de 8 ans qui a été

soigné dans le service pour diphtérie au mois de janvier 1919. La maladie actuelle a commencé hier par des maux de gorge et de la céphalée. L'enfant est amenée à la Charité le soir même.

A l'arrivée la malade est apyrétique. Elle dit souffrir moins de la gorge et avoir moins de dysphagie qu'hier.

Examen de la gorge: Un peu de rougeur sur les deux amygdales, à gauche un point blanc, à droite deux petits points blancs. Pas de coryza. Un peu d'adénopathie bilatérale, plus douloureuse à gauche qu'à droite.

Culture: Lœffler moyens et longs.

OBSERVATION V

(Inédite)

B... Charlotte, 23 ans. Entrée le 25 décembre 1920. Sortie le 23 janvier 1921. L'affection pour laquelle la malade vient à l'hôpital a débuté le 20 décembre par de la céphalée, de la courbature et de la dysphagie. La malade se soigne pour une grippe, seulement consulte un médecin qui ordonne un gargarisme et un collutoire au bleu de méthylène. Le 24 on constate l'apparition de points blancs et la malade entre à la Charité.

A l'examen: Malade ayant un assez bon état général. Courbature et céphalée. Hyperthermie légère: 38,2. Dysphagie moyenne. Localement on constate une amygdale droite hypertrophiée avec quelques points blancs de la grosseur d'une tête d'épingle. Léger coryza. Polyadénite sous-angulo-maxillaire.

Examen direct: Lœffler courts et longs.

OBSERVATION VI

(Inédite)

S... Eugénie, 5 ans. Entrée le 9 juillet 1919. Sortie le 24 juillet 1919. Parents en bonne santé. Ils ont quatre enfants, l'un est entré dans le service le 7 juillet pour diphtérie assez sérieuse; la seconde le 8, pour angine légère avec culture positive. La petite malade entre le 9 juillet, elle avait été examinée la veille et sa culture a été positive.

Elle présente quelques points blancs sur l'une des amygdales,

sans adénopathie, sans autres symptômes. Un peu de température: 37,9.

Culture: Lœffler courts et moyens.

Sort guérie le 24 juillet.

OBSERVATION VII

(Inédite)

T... Marie, 41 ans. Entrée le 29 avril 1921. Sortie le 26 mai 1921. La malade vient de l'hôpital de la Croix-Rousse parce qu'elle présente une angine à points blancs à Lœffler.

L'affection actuelle a débuté il y a neuf jours, brusquement, par des frissons, point de côté, mal de gorge, élévation de température qui dès le premier jour aurait atteint 40°.

A l'entrée, malade présentant un bon faciès, non dyspnéique. La température est redescendue à 37°. L'examen du pharynx révèle du reste peu de choses; *quelques petits points blancs* au niveau de chacune des deux amygdales et des piliers antérieurs.

Culture : Lœffler toutes dimensions.

Sortie guérie le 26 mai 1921.

OBSERVATION VIII

(Inédite)

V... Marcel, 26 ans. Entré le 17 mai 1921. Sorti le 2 juin 1921.

Le malade se fait hospitaliser pour une angine à points blancs dont le début remonte à la veille. Début brusque par agitation, insomnie, courbature généralisée, légère dysphagie.

A l'entrée : température, 39°3. Le malade se plaint de fatigue générale, de céphalée et de gêne légère à la déglutition. L'examen de la gorge donne l'impression d'une *angine pultacée banale*, *quelques point blancs* se détachant sur un pharynx uniformément rouge. Ces exsudats sont très friables et ne paraissent pas avoir de tendance à l'extension. Signes fonctionnels réduits au minimum.

Culture : Lœffler toutes dimensions.

OBSERVATION IX

(Inédite)

B... Gabrielle, 29 ans. Entrée le 17 février 1921. Sortie le 12 mars 1921.

Entre avec son enfant âgé de trois semaines. Tous deux atteints d'angine diphtérique. La malade a accouché le 21 janvier dernier. Suites normales, elle est rentrée chez elle dix jours après. Depuis elle a toujours eu mal à la gorge. Il y a quatre jours, elle a remarqué que son enfant avait du coryza, puis la gêne respiratoire survint, de plus en plus marquée, et bientôt la cyanose. Le médecin appelé constate une angine diphtérique. En examinant la mère, il *remarque une angine à points blancs*.

A l'entrée : un point blanc sur le pilier antérieur droit avec légère teinte érythémateuse du pharynx. Pas de troubles vocaux et respiratoires. Pas de fièvre. Pas d'adénopathie.

Culture : Loeffler court et moyen.

Après deux cultures négatives, la malade sort guérie le 12 mars 1921.

L'impression qui ressort de ces observations est tout d'abord le petit nombre et la faible gravité des symptômes. En général, le malade accuse une légère élévation de température, pas ou peu de coryza ; absence d'adénite sous-maxillaire, quelquefois de la dysphagie ; pas de signes d'abattement général, l'affection permettant presque toujours de vaquer à ses occupations. Aussi l'on comprend le peu d'empressement de ces malades à se traiter et voir un médecin, ainsi que la tendance à considérer l'affection comme bénigne et éloignée de la diphtérie ; cependant combien de fois un simple examen direct montrerait la présence du bacille de Loeffler.

Trousseau et Sanné ont insisté sur ces « angines sans fausses membranes, qu'on observe en temps d'épidémie

dans les milieux où se rencontrent de nombreuses manifestations de la diphtérie ». Ces angines occasionnent des troubles trop minimes pour qu'on y porte de l'attention. Ce sont des maladies ambulatoires, on est donc tenté de les laisser évoluer sans traitement et on se laisse surprendre par l'installation de la maladie.

Bien souvent même, l'examen ou la culture est négatif, mais si on fait de nouvelles recherches un ou deux jours après, le résultat est franchement positif. L'observation qui suit en est un bel exemple :

OBSERVATION X

(Inédite)

G... Henriette, 8 ans. Entrée le 17 mai 1919. Sortie le 5 juin 1919.

L'affection actuelle a débuté le 16 mai, au réveil, l'enfant s'est plainte de mal de gorge et a vomis des glaires. Les vomissements ont réapparu dans la journée (trois en tout). Le docteur fut appelé le 16, jugea le cas peu grave et déclara aux parents que si l'état ne s'améliorait pas dans les vingt-quatre heures, ils devraient amener l'enfant à l'hôpital. La malade, avant son entrée, n'a pas reçu d'injection de sérum.

A l'examen de la gorge, on constate sur amygdale gauche une fausse-membrane cohérente et adhérente qui se trouve à sa partie supérieure et n'empiète pas sur le tiers inférieur de l'amygdale. A droite, sur l'amygdale, il y a *cinq ou six points blancs de la largeur d'une tête d'épingle*, qui n'ont aucune tendance à confluer et qui font penser à l'amygdale lacunaire. Le voile du palais n'est ni rouge, ni œdédié. Etat général excellent.

Culture le 17 : négative.

Culture le 19 : Læffler toutes dimensions.

Quel est le pronostic de cette forme : angine diphtérique à points blancs ?

D'après ce que nous venons de dire et en vérifiant toutes les observations qui nous ont servi à l'établissement de la statistique, il semble assez nettement que ce soit une forme relativement bénigne. L'extension rapide des fausses membranes est un indice de malignité. Toutes les évolutions se sont faites rapidement et normalement, les malades sont sortis guéris après une période moyenne d'une quinzaine de jours passés dans le service, mais il faut remarquer que tous les cas ont été traités rapidement et énergiquement, montrant ainsi d'une façon magistrale l'efficacité du traitement sérothérapique précoce.

LES POINTS BLANCS ASSOCIÉS AUX FAUSSES MEMBRANES

L'étude de ce chapitre a pour but de montrer plus nettement encore l'existence du point blanc de l'angine diphthérique.

Il nous est arrivé, en effet, et les observations qui vont suivre nous le montreront très bien, de voir l'évolution d'une angine diphthérique se faire d'une manière mixte, si l'on peut la définir ainsi.

A l'examen du pharynx, on constate par exemple sur une amygdale des fausses membranes typiques, alors que l'autre amygdale sera tapissée uniquement par des points blancs, et, durant toute la période de l'affection, ces points blancs subsistent, sans subir la transformation en fausses membranes. Si l'on fait la culture de ces deux formes, elles sont toutes deux positives.

L'action du sérum se fait sentir en même temps sur les fausses membranes et les points blancs, donnant une preuve plus certaine de la corrélation de ces deux formes évolutives.

Que devons-nous conclure ?

A notre avis, cette constatation est un argument important en faveur de l'existence du point blanc diphtérique et nous prouve que le bacille peut très bien rester cantonné sous cette forme, ne trahissant pas sa présence par l'extension en fausses membranes. Cette évolution, à caractères mixtes, est moins rare qu'on le présume et doit nous inciter à suivre avec attention cette forme particulière.

OBSERVATION XI

(Inédite)

B... Antoine; 4 ans 1/2. Entré le 4 décembre 1920. Sorti le 23 décembre 1920.

Entre pour angine diphtérique.

L'affection actuelle a commencé il y a huit jours, car le 27 novembre il avait de la fièvre, mais n'avait pas de dysphagie ni de troubles vocaux, un petit toussetement. Ce n'est qu'hier matin 3 décembre que la mère s'aperçoit qu'il a la gorge enflée et que les amygdales ont des points blancs. Alors on constate à partir de ce moment un peu de dysphagie, voix enrouée, ainsi que la toux, pas de tirage net.

Examen de la gorge. — On constate : amygdale gauche hypertrophiée avec fausses membranes enchatonnées. *A droite, points blancs.* Adénopathie.

Examen direct : Læffler toutes dimensions.

Le petit malade dans le cours de sa diphtérie n'a fait aucune complication et sort guéri le 23 décembre 1920.

OBSERVATION XII

(Inédite)

B... Jeanne, 19 ans. Entrée le 19 juin 1919. Sortie le 11 juillet 1919. La malade jouissait d'une bonne santé habituelle.

Depuis trois mois, elle est placée à Lyon comme bonne d'enfants et ces jours-ci, elle soignait deux enfants, dont l'une était atteinte de varicelle. Il n'y avait pas eu de cas d'angine dans son entourage.

La malade n'a jamais reçu d'injection de sérum. L'affection

actuelle a commencé, il y a quatre jours, par de la lassitude, des maux de tête, des maux de gorge. La malade fut obligée de rester au lit. Le 19 au soir, le médecin appelé fit transporter la malade d'urgence à la Charité.

A l'entrée, la malade a 38°6 de température. Bon état général, teint coloré, très légère adénopathie sous-maxillaire, pas de coryza.

Examen de la gorge. — L'amygdale droite est à peu près entièrement revêtue de fausses membranes épaisses et grisâtres. *A gauche il n'existe que des points blancs disséminés.* Tout autour, rougeur vive de la muqueuse. Pas d'exsudats sur la luette et le voile.

Culture : Lœffler courts et moyens.

La malade sort guérie le 11 juillet 1919.

OBSERVATION XIII

(Inédite)

Ch... Constant, 18 ans. Entré le 25 février 1919. Sorti le 5 avril 1919.

Envoyé pour angine. N'a jamais reçu de sérum. Dans la nuit du 24 au 25 février, le malade a eu de violents frissons, avec céphalée, douleur de la gorge et sueurs abondantes. Le 25, il essaya d'aller travailler, mais il fut obligé de rentrer chez lui à 11 heures du matin et se coucher. Un médecin appelé dans l'après-midi envoya le malade à la Charité, où il fut reçu dans le service des diphtéries.

A l'entrée, la gorge est rouge, exsudats blanchâtres pseudo-membraneux sur les deux amygdales. En particulier sur amygdale droite qui est ulcérée et presque entièrement recouverte par la membrane. *L'amygdale gauche présente de petits points blancs* et une membrane à sa partie inférieure.

Culture : positive.

Sort guéri le 5 avril 1919.

OBSERVATION XIV

(Inédite)

D... Ernest, 7 ans. Entré le 7 février 1921. Sorti le 31 décembre 1921.

L'enfant est amené pour une angine. Il vient des enfants assistés et l'on a aucun renseignement sur les antécédents. L'enfant dit qu'il a été soigné à Longchêne pour une bronchite. La maladie actuelle a débuté il y a trois jours par de la céphalée et des douleurs à la déglutition, on constata une angine à points blancs et on amena l'enfant à l'hôpital.

A l'entrée : température, 39°5. Pouls à 100, bien frappé un peu de pâleur.

A l'examen de la gorge. — On constate une tuméfaction bilatérale des amygdales. *La droite présente un petit point blanc* et la gauche est recouverte d'une fausse membrane de la grandeur d'une pièce de 0 fr. 50. Le voile et la paroi postérieure du pharynx sont libres. Ganglions sous-maxillaires engorgés et douloureux, coryza muco-purulent intense. Pas d'épistaxis. Dysphagie un peu marquée.

Examen direct et culture : Laffler toutes dimensions.

Le malade sort guéri le 31 décembre 1921.

LES POINTS BLANCS TARDIFS

On peut remarquer parfois, chez un malade atteint d'angine diphtérique et entrant dans la période de convalescence, la présence de points blancs, tapissant les amygdales, sans que ce malade présente de symptômes angineux, ou que son état général soit troublé. La culture de ces points blancs décèle le Loeffler.

Sous l'action du sérum, la fausse membrane a regressé, les symptômes se sont amendés, mais le bacille subsiste encore et manifeste sa présence par ces points blancs tardifs. Ces malades sont généralement des sujets porteurs de grosses amygdales, très anfractueuses, favorisant ainsi la résistance du bacille. Car ces formes présentent un caractère particulier : c'est la tenacité du point blanc, autrement dit, la difficulté que l'on éprouve à le faire disparaître. Malgré les traitements locaux ou sérothérapiques, comme les gargarismes ou l'auto-vaccin, les cultures restent généralement positives, et presque toujours on est réduit à pratiquer l'amygdalotomie. Cette méthode est celle de choix ; l'observation que nous publions le montre d'excellente façon.

Ces malades, si l'on ne prend la précaution de faire de

fréquents examens, peuvent se croire guéris, et deviennent ainsi des *porteurs de germes*, dont les conséquences sont malheureusement si funestes. Ils sont, pour leur entourage, une source constante de contagion. Combien de fois, dans des cas d'épidémie familiale, par exemple, l'examen montre chez eux l'existence du Lœffler, donnant ainsi l'explication des débuts de cette épidémie.

Il est donc particulièrement important d'examiner la gorge des sujets convalescents de diphtérie et porteurs de grosses amygdales. L'existence du moindre petit point blanc devra donner l'éveil et, par un examen bactériologique immédiat, on fera avorter bien souvent une épidémie.

OBSERVATION XV

(Inédite)

C... Marguerite, 25 ans. Entrée le 17 février 1919. Sortie le 31 octobre 1919.

La malade est sujetté aux maux de gorge. Début de la maladie il y a douze jours. Brusquement par des frissons, du mal de gorge, de la fièvre, dès les premiers jours, un peu de trismus. Légère amélioration le 14 février, la malade ouvrait mieux la bouche. La gorge lui faisait moins mal, elle a repris son travail. Le 16 février au soir, les frissons ont repris. Sensation d'étouffement, la malade s'est réveillée le 17 avec du trismus accusé, de l'adénopathie et du mal de gorge plus intense. Température à l'entrée : 39°2.

Les deux amygdales présentent quelques exsudats branchâtres en petits points. — Au-dessus de l'amygdale droite, tuméfaction faisant saillie dans l'intérieur de la bouche, douloureuse au toucher, sans fluctuations. L'abcès paraît laisser l'amygdale libre, il se localise autour et surtout au-dessus.

Adénopathie assez volumineuse à droite, un peu d'œdème de la région, qui est très douloureuse. Trismus. Gêne à la déglu-

tition et de la respiration. La malade respire la bouche ouverte.

Culture : négative.

Du 20 au 22 février, la malade qui n'avait cependant reçu aucune injection de sérum antidiphthérique, ni à la Charité, ni avant d'y entrer, a présenté une éruption *d'urticaire généralisée*, très prurigineuse et très intense. Cette éruption est apparue le lendemain de l'application d'un suppositoire avec deux centigrammes d'extrait de belladone et d'extrait de jusquiame. Elle n'est certainement pas d'origine alimentaire, la malade ne prend qu'un peu de liquide. Ouverture spontanée de l'abcès sous-amygdalien, mais quelques jours après, la malade éprouve des douleurs dans les ouïes. Le 27 février, elle est envoyée dans le service de M. Collet.

14 mars 1919. — La malade revient aux diphthéries, elle a quitté le service de laryngologie, sans intervention, les symptômes de mastoïdite ayant disparu. Mais quelques semaines après, elle a eu *des troubles de la déglutition, du rejet des liquides par le nez* et des troubles de la vue.

A l'arrivée : température, 37°5.

Examen du pharynx. — L'amygdale droite est très rouge et gonflée, ne présente pas d'exsudat. A gauche, la tuméfaction est un peu moindre, *mais il existe à la base de l'amygdale un petit point blanc*. Le voile est rouge, la luette est déviée vers la gauche. A gauche, la mobilité normale du voile est conservée, elle est nettement diminuée à droite. La voix n'est pas nasonnée. Adénopathie du côté droit. La malade paraît avoir une paralysie des muscles de l'accommodation.

21 août. — *Les cultures restent positives depuis le 8 mai*, malgré le sérum intra-rectal, gargarismes de sérum, grands lavages à la Liqueur de Labarraque, à l'eau oxygénée et potion de KI. Le 2 août, auto-vaccin après lequel les cultures sont encore positives.

28 août. — Injection sous-cutanée d'auto-vaccin à 17 heures. Élévation de température pendant les heures suivantes.

3 septembre. — Culture positive : Loeffler moyens et longs.

11 septembre. — Culture positive.

10 octobre. — Il persiste toujours des exsudats dans les cryptes très profondes des amygdales. *Amygdalotomie bilatérale*. Pas d'élévation de température.

27 octobre. — *Plus de traces inflammatoires de la gorge.*
Culture négative (pharynx et nez). De plus la malade n'accuse plus aucune douleur dans la région rétro-maxillaire. Les amygdales examinées après l'intervention présentaient des cryptes très profondes. Elles constituaient de véritables éponges, qui par l'expression laissaient sourdre des concrétions vermiculaires dont la culture donnait du Loeffler pur.

DIAGNOSTIC

Les différentes formes d'angines diphtériques que nous venons d'étudier indiquent la difficulté que l'on éprouve à en faire le diagnostic. Nous avons vu que, presque toujours, c'est le laboratoire qui tranchait la question. Malheureusement, la pratique courante de notre profession rend difficile cet examen, aussi quand le médecin se trouve appelé auprès d'un malade qui présente des symptômes angineux, il faut établir un diagnostic dès le premier examen, car l'efficacité du sérum dépend en grande partie de la précocité de son emploi.

Nous allons essayer d'exposer les divers éléments qui permettront de faire un diagnostic, pour cela nous considérerons :

- 1° Le Diagnostic positif ;
- 2° Le Diagnostic différentiel.

I. — DIAGNOSTIC POSITIF

Caractères anatomo-pathologiques

Nous résumerons brièvement les différenciations entre la fausse membrane et le point blanc.

Le point blanc.

Aspect macroscopique. — On voit un enduit blanc ou gris-blanc, à limites peu nettes, à surface inégale, sans adhérence, très friable, mou, semi-liquide, d'aspect crémeux, puriforme. A l'encontre de la fausse membrane, il se détache facilement et se dissocie de même, surtout si on l'agite dans l'eau.

Aspect microscopique. — Le point blanc est constitué par une sécrétion muqueuse, qui contient des éléments figurés, plus nombreux qu'à l'état normal, ce sont des cellules desquamées, des leucocytes et des microbes variés, les cocci en étant les éléments les plus nombreux, cette sécrétion peut aller dans les cas intenses, jusqu'à devenir muco-purulente et les enduits pultacés méritent, par leur constitution, le nom d'exsudats puriformes.

La fausse membrane.

Elle est toujours consécutive à une lésion de la muqueuse. Elle n'est qu'un mode particulier de réaction de la muqueuse à l'inflammation et se produit d'autant plus facilement que la diapédise leucocytaire est plus intense, puisque aussi bien ce sont les leucocytes qui semblent sécréter la fibrine, laquelle représente l'élément essentiel de tout exsudat pseudo-membraneux.

Structure.

La fausse membrane est essentiellement constituée par de la fibrine englobant des leucocytes. En allant de la

face libre vers la face qui est adhérente à la muqueuse, on trouve successivement à l'examen histologique :

Une couche de microbes ;

Des débris épithéliaux et des mailles incomplètes de fibrine ;

Une couche épaisse de fibrine infiltrée de leucocytes et de globules rouges ;

Muqueuse dont l'épithélium a toujours disparu et qui, parfois, est profondément altéré.

Caractères objectifs-physiques-chimiques.

Les fausses membranes constituées par l'exsudation fibrineuse de la muqueuse sont d'une couleur *blanche*, au moins au début de leur formation ; plus tard, elles deviennent *verdâtres* ou *grisâtres* et sont même parfois striées de sang.

Leurs dimensions sont variables, ainsi que leur épaisseur ; elles peuvent n'être pas plus grandes qu'une vésicule d'herpès et s'étendre sur une longueur de 2 à 3 centimètres.

Leur *adhérence* est également variable suivant les cas ; souvent elles se détachent facilement de la muqueuse sur laquelle elles reposent (diphtérie bénigne) ; dans d'autres circonstances, au contraire, on ne les arrache qu'avec une certaine difficulté en faisant saigner la muqueuse sous-jacente qui est plus ou moins ulcérée (angine herpétique, streptocoque, diphtérie maligne).

Les fausses membranes présentent, en général, une *forme arrondie*, au début ; plus tard, elles sont *déchiquetées* sur les bords.

Un des meilleurs caractères de la fausse membrane fibrineuse est sa *résistance*. Elle se détache, en général, tout d'une pièce et conserve une certaine fermeté. Lorsqu'on l'agite dans l'eau, elle ne se dissocie pas, comme le ferait un exsudat pultacé, même quand elle est devenue friable et qu'elle se déchire facilement.

EXAMEN DIRECT

Nous avons vu précédemment que certains cas ne peuvent être définitivement diagnostiqués que par l'examen direct ou par la culture de l'exsudat pharyngé, et c'est pourquoi nous exposerons une des méthodes qui sert à cet examen direct. Dans 90 %, cet examen décèlera la présence du bacille de Lœffler, permettant ainsi un sérothérapie intensive qui sera d'autant plus efficace qu'elle aura été plus précoce.

Nous décrivons la méthode qui est employée dans le service de M. le professeur Mouriquand et qui a été si bien exposée par notre camarade et ami, le docteur Pailard. L'avantage de sa méthode de l'examen direct et la rapidité du procédé est de donner un diagnostic immédiat.

Après étalement sur une lame de verre du mucus pharyngé délayé dans une goutte d'eau stérilisée, et fixation, soit par l'alcool absolu, soit par l'alcool-éther ou la chaleur, on colore par le Gram. Après fixation, on colore pendant une ou deux minutes avec la solution suivante :

Alcool à 95"	10 cc.
Eau phéniquée à 5 %	100 cc.
Violet de gentiane	1 gr.

On fait agir ensuite sans laver, pendant 40 à 50 secondes, la solution de Lugol

Iode métallique	1 gr.
Iodure de potassium	2 —
Eau distillée	200 —

La préparation prend alors une teinte brunâtre, on la passe sous l'eau et on fait tomber, goutte à goutte, une solution d'alcool acétone

Acétone	1 partie
Alcool à 95°	2 parties

jusqu'à décoloration. Après lavage, on colore le fond avec une solution de fuschine

Solution saturée de fuschine dans :

Alcool à 95°	1 cc.
Eau distillée	100 cc.

Après un dernier lavage, on sèche la lame à la flamme d'un bec Bunsen et la préparation est prête à être portée sous le microscope avec objectif à immersion.

Le bacille diphtérique se détache au violet sous la forme de petits bâtonnets renflés à leurs extrémités. On en distingue trois variétés : les bacilles courts, les bacilles longs, les plus caractéristiques, groupés en amas, enchevêtrés comme une poignée d'épingles ou accolés côte à côte, et les bacilles moyens, ordinairement disposés en palissade comme les bacilles longs, dessinant des V ou des L.

Nous signalerons simplement l'existence des bacilles *pseudo-diphtériques* (Hoffmann), bacilles qui ne sont pas virulents et qui peuvent prêter à confusion. Leur étude

nous entraînerait trop loin et sortirait du cadre de ce travail.

Culture.

La culture est le complément indispensable de l'examen direct, elle joue le rôle d'un contrôle efficace, et ne doit pas être négligée quand on peut avoir l'occasion de l'utiliser.

Le sérum généralement employé est du sérum de bœuf coagulé, en plan oblique. Après dix-huit heures d'étuve à 37°, on peut voir à la surface du tube de sérum, à l'œil nu, des colonies de couleur grisâtre, plus opaques et plus élevées au centre qu'à la périphérie. C'est sur ces colonies que doit porter un prélèvement qui est ensuite traité avec la technique d'un examen direct.

En résumé, dit Marfan, lorsqu'en moins de vingt-quatre heures les cultures ont donné des colonies déjà nombreuses et caractéristiques de bacilles longs ou moyens, avec des groupes enchevêtrés gardant plus ou moins complètement la couleur après action de la solution de Gram, présentant les caractères morphologiques que nous avons indiqués, la diphtérie est certaine.

Ensomme, le meilleur critérium est le nombre des colonies déjà apparentes au bout d'une vingtaine d'heures.

II. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Les différentes affections à points blancs capables de rendre difficile le diagnostic d'angine diphtérique sont assez peu nombreuses.

Nous allons considérer successivement :

L'angine pultacée.

Cette affection est caractérisée par un début brusque, une température élevée, atteignant rapidement 39° ou 40° . Les malades sont généralement très abattus, la dysphagie est marquée, un exsudat pultacé se montre au bout d'un à deux jours, mais reste localisé sur les amygdales, empiétant rarement sur les piliers du voile.

Ces exsudats ont la forme de points séparés. A l'inverse de l'angine diphtérique, les symptômes qui étaient très aigus s'amendent rapidement et la guérison survient au bout de quelques jours.

A l'encontre de certains auteurs, nous avons vu dans les observations du chapitre des angines à points blancs, que la diphtérie peut présenter les caractères de l'angine pultacée banale, et l'on a pu se rendre compte combien les différences entre ces deux affections sont peu probantes. Le laboratoire, seul, dans ces cas, affirmera le diagnostic.

L'ANGINE LACUNAIRE, encore appelée *cryptique*, a son siège d'élection, elle aussi, sur le tissu lymphoïde de l'amygdale. Comme l'angine pultacée, le début est brusque et les symptômes généraux sont très prononcés ; en particulier, une dysphagie intense et assez souvent de l'adéno-pathie sous-maxillaire.

L'aspect de la gorge est assez typique : les deux amygdales sont tuméfiées et font saillie de chaque côté de la ligne médiane. Elles sont recouvertes au niveau des cryptes d'un enduit pultacé, se présentant sous la forme de points franchement séparés et n'ayant pas de tendance à l'exten-

sion. Très souvent les cryptes amygdaliennes sont remplies d'une matière blanche caséuse, que l'on peut éliminer en exerçant une pression sur l'amygdale, ce qui permet de s'assurer que l'exsudat n'est pas adhérent et qu'il est très friable.

L'état général est presque toujours profondément atteint, mais la maladie s'amende assez rapidement pour entrer dans la voie de la guérison, vers le septième jour environ.

Nul doute que l'angine lacunaire, elle aussi, rend très délicat le diagnostic de l'angine diphtérique. Voici ce que dit Marfan à son sujet :

La diphtérie pharyngée peut-elle quelquefois revêtir la forme lacunaire ? Cela n'est pas douteux, la chose n'est pas fréquente, mais elle est. Voici comment les phénomènes évoluent en pareil cas : l'exsudat fibrineux, que détermine le bacille de Loeffler, commence exclusivement par les cryptes, au lieu de se développer d'abord sur la surface de l'amygdale. Mais cet exsudat, quand il est fibrineux et diphtérique, ne reste presque jamais limité aux cryptes ; en moins de quarante-huit heures, le plus souvent, la fibrine se répand à la surface de l'amygdale et le point lacunaire devient une petite tache pseudo-membraneuse, adhérente, solide, qui s'agrandit progressivement, ce qui la distingue des exsudats puriformes. Donc, si on laisse évoluer la maladie toute seule, sans injecter de sérum, la diphtérie, d'abord lacunaire, deviendra très vite pseudo-membraneuse.

D'où, pour Marfan, la conduite à tenir se résume sous les deux formes suivantes :

1° Attendre quarante-huit heures avant d'injecter le

sérum. Durant cette période, il faudra examiner deux fois par jour l'état de la gorge et suivre attentivement la marche des exsudats, si ces derniers restent bien nettement lacunaires. Après ce laps de temps, la diphtérie doit être franchement écartée ;

2° Certaines circonstances doivent faire injecter du sérum immédiatement sans attendre le résultat des cultures. Ce sont les suivantes :

a) Quand l'angine lacunaire s'est montrée dans un milieu diphtérique ;

b) Quand elle s'accompagne de laryngite, même légère ;

c) Quand elle s'accompagne d'une adénite assez marquée ;

d) Quand elle coexiste avec un coryza dont les caractères rappellent ceux de la diphtérie nasale.

L'injection faite, on attendra le résultat de l'examen bactériologique pour savoir s'il faut la répéter et faire cesser un isolement rigoureux du malade.

Les observations suivantes montrent la justesse de cette définition :

OBSERVATION XVI

(Inédite)

V... Germaine, 6 ans. Entrée le 10 avril 1919. Sortie le 8 mai 1919.

La maladie actuelle a commencé le 4 avril, par des épistaxis, des vomissements et des maux de gorge. L'enfant aurait craché des membranes le 6 avril. Le docteur appelé conseille d'amener l'enfant à la Charité.

Pas d'injection de sérum.

A l'entrée : température, 39°4. L'enfant présente à droite

un engorgement ganglionnaire extrêmement marqué. Les ganglions sous-maxillaires et cervicaux de ce côté forment une grosse masse saillante, très douloureuse avec empâtement péri-ganglionnaire. Rougeur de la peau. Du côté gauche il n'y a que de petits ganglions sous-maxillaires très mobiles. Pas de coryza.

Examen de la gorge. — Sur les deux amygdales il y a des exsudats pseudo-membraneux peu étendus, paraissant tapisser les cryptes de l'amygdale. *L'aspect est celui d'une angine lacunaire.* L'enfant, abattu, souffre de son adénite. Teint très coloré. Pouls à 100.

Culture : Lœffler toutes dimensions.

Après un traitement sérothérapique, l'enfant sort guérie le 8 mai 1919.

OBSERVATION XVII

(Inédite)

M... Claudine, 40 ans. Entrée le 29 mars 1919. Sortie le 5 avril 1919.

La malade a une petite fille soignée dans le service depuis le 27 mars pour diphtérie confirmée. Quatre autres enfants sont bien portants.

A son entrée le 29 mars, la malade présente sur les deux amygdales de petits dépôts blancs limités aux cryptes de l'amygdale. L'aspect est celui d'une *angine lacunaire banale*. Cependant la *culture* montre la présence du Lœffler. Pas de coryza. Pas d'adénopathie. Température : 38°2.

5 avril. — Par suite du traitement, les exsudats ont disparu au bout de trois jours. Bien que les deux cultures négatives n'aient pas été faites, la malade part en signant une décharge.

OBSERVATION XVIII

(Inédite)

S... Germaine, 9 ans 1/2. Entrée le 7 avril 1919. Sortie le 7 mai 1919.

L'infection a commencé le 30 avril au soir. Cependant, une

culture faite la veille avait été négative. (*L'enfant avait été en contact avec sa sœur atteinte de diphtérie confirmée et soignée dans le service depuis le 1^{er} avril.*)

Début le 3 avril par de la fièvre, les jours suivants, l'enfant se plaint de la gorge et la fièvre persiste. Elle est amenée à la Charité le 7 avril.

A l'entrée, l'enfant ne présente que de petites membranes peu étendues à la partie postérieure des deux amygdales. *L'aspect est celui d'une angine lacunaire banale.* Pas de coryza. Température : 39°. Petit ganglion à l'angle de la mâchoire. Bon état général.

Culture : Læffler toutes dimensions.

Après traitement, l'enfant sort guérie le 7 mai 1919.

Le muguet.

L'affection occupe habituellement la face dorsale de la langue, la face interne des lèvres et des joues, la voûte palatine, mais elle peut, par exception, s'étendre aux amygdales et au pharynx.

Elle est caractérisée par un semis de petits grains d'un blanc mat, que l'on a comparés à des grains de semoule ou à des grumeaux de lait. Ils sont faciles à reconnaître là où ils sont isolés. Ces grains peuvent se multiplier et, en se réunissant, forment des plaques irrégulières, plus ou moins épaisses, d'un blanc crémeux, caséeux, donnant l'idée d'une couche de lait coagulée, mais si ces plaques prennent une teinte grise, elles ont pu être confondues avec les concrétions diphtériques (Trousseau).

Indépendamment de l'examen microscopique, la présence du muguet, sur la langue, sur les gencives, sur les lèvres où l'enduit est particulièrement épais, et très souvent chez un individu cachectique, fera faire le diagnostic.

TRAITEMENT

On voit après cette brève exposition, combien doit être réservé le diagnostic du praticien qui se trouve en présence des débuts d'une angine à points blancs.

De la rapidité de ce diagnostic dépend la guérison, et c'est pourquoi nous insistons particulièrement sur l'importance primordiale du diagnostic précoce en matière de diphtérie. Les résultats nous montrent qu'ils sont en proportion directe de la pratique immédiate du traitement.

Lorsque, en présence d'une angine à points blancs, le médecin sera conduit de par l'aspect des lésions et de par son instinct clinique à douter fortement, il ne devra pas attendre la confirmation bactériologique du diagnostic clinique, *il devra injecter du sérum.*

Dans une situation aussi grave, et nous pourrions même dire tragique, il vaut mieux injecter inutilement une pseudo-diphtérie que de refuser les bénéfices incontestables du sérum à une diphtérie.

En présence de quels remords risque-t-on de se mettre si, par négligence ou par un diagnostic trop réservé, nous laissons échapper l'unique chance qui s'offrait à nous pour juguler le mal et amener la guérison du malade qui nous était confié ?

On peut nous objecter que la sérothérapie aussi active peut provoquer des accidents sérieux, mais on doit reconnaître que ces accidents sont relativement bénins et ne comportent pas un pronostic sérieux, quand aux accidents anaphylactiques, la méthode de Beredska permet de les éviter ou tout au moins les rend anodins. En admettant ces objections, peut-on logiquement les comparer aux résultats inappréciables et probants procurés par l'injection du sérum ?

Nous insisterons aussi sur les services que rend l'examen bactériologique, car, lui seul, bien souvent, peut nous permettre d'affirmer la nature de l'angine. Tout en ne négligeant rien de la vieille analyse clinique, il nous faut juger étiologiquement et le moyen nous est offert par l'examen bactériologique. Aussi, il ne faudra jamais oublier de le faire si les circonstances le permettent. N'est-ce pas la première étape vers le traitement ? N'est-ce pas grâce à lui que le doute, qui doit être banni en matière de diphtérie, se trouve rapidement dissipé, traçant ainsi le chemin à la sérothérapie victorieuse.

CONCLUSIONS

I. — Les symptômes locaux de la diphtérie, ne se présentent pas toujours sous l'aspect de la fausse membrane classique. Il est des cas nombreux où, sur l'angine érythémateuse simple du début, apparaissent des points blancs qui peuvent ne pas évoluer vers la fausse membrane, mais persister pendant toute l'évolution de la diphtérie.

II. — A côté de cette forme uniquement à points blancs, il existe une forme où l'on trouve associé les points blancs et les fausses membranes.

III. — Après la guérison clinique de la maladie, on peut observer des points blancs bacillifères, sans angine, très tenaces, facilitant la dissémination du bacille.

IV. — Il est important de connaître ces formes d'angines diphtériques à points blancs et de ne pas écarter sur le seul aspect des lésions locales, le diagnostic de diphtérie. L'examen bactériologique direct et la culture devront être systématiquement et précocement pratiqués toutes les fois que cela ne sera pas matériellement impossible.

V. — Quant aux points blancs persistants de la convalescence, les traitements antiseptique, sérothérapique locaux se sont montrés le plus souvent insuffisants et, dans bien des cas, on est obligé de recourir à l'amygdalotomie.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
MOURIQUAND.

Vu :

LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 9 Mars 1922.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- COLLET. — Pathologie interne, 1912.
- DIEULAFOY. — Académie de médecine. Juin-juillet 1895.
- HENRIQUEZ-BERGÉ-LAFFITE-LAMY. — Traité de médecine, t. I, 1909.
- MAIRE. — Sur une forme spéciale de l'angine diphtérique pure simulant l'angine phlegmoneuse. (Etude clinique et bactériologique.) *Thèse*, Paris 1904.
- MARFAN. — Leçons cliniques sur la diphtérie, 1905.
- MOURE. — Traité des maladies de la gorge, 1904.
- PAILLARD. — Contribution à l'étude du croup d'emblée. *Thèse*, Lyon 1921.
- SANNÉ. — Traité de la diphtérie, 1876.
- TOURANJON. — Les diphtéries larvées et leurs séquelles. *Thèse*, Lyon 1910.
- TROUSSEAU. — La diphtérie. (Cliniques de l'Hôtel-Dieu.)
- WEILL E. — Précis de médecine infantile, 1911.
-

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	7
Introduction	9
Etude clinique	11
Les diphtéries à uniques points blancs persistants.....	15
Les points blancs associés aux fausses membranes.....	25
Les points blancs tardifs.....	29
Diagnostic	33
Traitement	45
CONCLUSIONS	47
BIBLIOGRAPHIE	49

LYON
IMPRIMERIE EXPRESS

46, Rue de la Charité, 46

